



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Jana Miksová

Ošetřovatelská péče o pacientku po gastrickém bypassu pro morbidní obezitu

Nursing care of the patient after gastrik bypass for morbid obesity

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Hejtmánková

Praha, 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Nesouhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 31. 03. 2017.

Jana Miksová

.....

Podpis

Identifikační záznam

MIKSOVÁ, Jana. Ošetrovatelská péče o pacientku po gastrickém bypassu pro morbidní obezitu. [Nursing care of the patient after gastrik bypass for morbid obesity]. Praha, 2017. 41s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Hejtmánková, Lenka.

ABSTRAKT

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku morbidní obezity. Morbidní obezita představuje v současné době ve vyspělých zemích stále větší medicínský a společensko-ekonomický problém. Představuji široké spektrum diagnostických metod a postupů vedoucích ke stanovení diagnózy morbidní obezity dle mezinárodně platných kritérií IFSO. Z léčebných postupů, které mohou být konzervativní, endoskopické či chirurgické se detailněji zabývám chirurgickou léčbou morbidně obézních. Hlavním cílem je demonstrovat pacientku s morbidní obezitou řešenou Minigastrickým bypassem a nekomplikovaným průběhem hospitalizace. Prvním dílčím cílem je sledování vlivu motivační síly na průběh celé hospitalizace s následným vývojem. Druhým dílčím cílem je sledování úspěšnosti daného operačního výkonu. Uvedená data jsou získána formou rozhovoru, pozorováním pacientky a analýzou zdravotnické dokumentace. Pro případovou studii jsem zvolila 37 letou nemocnou morbidní obezitou, jejíž příčinou byl nadměrný kalorický příjem. U této nemocné byl plně rozvinut i metabolický syndrom. Uvedená kazuistika dokumentuje nekomplikovaný případ chirurgického výkonu – minigastrický bypass u nemocné morbidní obezitou. Dosažené výsledky s půl ročním odstupem od provedeného chirurgického výkonu se pozitivně projevily na poklesu tělesné hmotnosti ze 145 kg s BMI 51,9 na 110 kg s BMI 38,1 a vysazením antihypertenziv s antidiabetiky. Motivace, podpora blízkých a pozitivní přístup k sobě samé s přijetím nového životního stylu má pro úspěšnost operačního výkonu tohoto typu velmi zásadní vliv.

Klíčová slova: obezita, bariatrie, laparoskopická chirurgie, ošetrovatelský proces, etika, pacient, psychologie, výživa, polymorbidita.

ABSTRACT

Bachelor thesis is focused on treatment options for morbid obesity, particularly surgical methods of treatment. The aim of bariatric surgery is to achieve substantial and complete cure of comorbidities when sick morbid obesity occurred. The main objective is to demonstrate the patient with morbid obesity solved by Minigastric bypass and uncomplicated course of hospitalization. The first partial objective is to monitor the influence of the force motivation during recovery, followed by development. The second partial objective is to monitor the success of the surgery. These data are obtained through interview, observation and analysis of patient's medical records. For the solving case study the nursing model Marjory Gordon was used. The phases of the nursing process will be carried out from case history, followed by setting the goals, intervention, implementation and evaluation of the overall care plan. During my practice and after writing my bachelor thesis I came to the conclusion that the motivation, support of loved ones and positive attitude toward accepting herself with accepting the new lifestyle, is essential for successful undergoing this type of surgery and the further development. The prevention of the obesity with the projects focused on solving this obesity issue before it happens, which is more useful in general, not only from economical point.

Keywords: obesity, bariatric surgery, laparoscopic surgegy, nursing process, ethics, psychology, nutrition, polymorbidity

Poděkování

Mé poděkování patří vedoucí práce Mgr. Lence Hejtmánkové a MUDr. Janu Tobiášovi za cenné rady, trpělivost, vstřícnost při spolupráci, za individuální přístup a rychlou komunikaci.

Velmi ráda bych poděkovala také své rodině za podporu a toleranci během celého studia.

1 Úvod.....	10
2 Definice obezity	12
2.1 Etiopatogeneze obezity	12
2.2 Komplikace obezity.....	13
2.3 Diagnostika obezity	14
2.4 Léčba obezity	15
2.4.1 Léčba Konzervativní.....	16
2.4.2 Léčba endoskopickými metodami	17
2.4.3 Léčba chirurgická	18
2.5 Pooperační komplikace chirurgických výkonů a prognóza	20
2.6 Specifika ošetrovatelské péče u morbidně obézního pacienta pro plánovaný bariatrický operační výkon	21
2.7 Prevence obezity	22
2.7.1 Prevence obezity EU	23
2.6.2 Prevence obezity ČR	23
3 Použité metody	25
3.1 Cíle práce	25
3.2 Metodologie	25
3.3 Výběr pacienta.....	25
3.4 Ošetrovatelský model Marjory Gordonové.....	25
4 Případová studie.....	27
4.1 Základní údaje o pacientovi	27
4.2 Lékařské diagnózy.....	27
4.3 Lékařská anamnéza	27
4.3 Vyšetřovací a diagnostické metody v průběhu hospitalizace	28
4.4 Farmakologická léčba za hospitalizace	32
4.5 Dietoterapie	33
4.6 Invazivní vstupy během hospitalizace	34
4.7 Průběh hospitalizace	34
4.7.1 1. den hospitalizace	34
4.7.2 2. den hospitalizace / 0. den pooperační	35
4.7.3 3. den hospitalizace / 1. den pooperační	35
4.7.4 4. den hospitalizace / 2. den pooperační	36
4.7.5 5. hospitalizační den / 3. pooperační den	36
4.7.6 6. den hospitalizace / 4. pooperační den	36
4.7.7 7. den hospitalizace / 5. pooperační den	37
4.8 Kontrola půl roku od podstoupení operace	37

4.9 Ošetrovatelský proces	37
4.9.1 Ošetrovatelská anamnéza	37
4.9.2 Plán péče	39
5 Diskuze a závěry	42
6 Seznam použité literatury.....	44
Seznam zkratk	47
Seznam tabulek	50

1 ÚVOD

Pro téma své bakalářské práce jsem si zvolila možnosti léčby morbidní obezity se zaměřením na chirurgické metody léčby. Vzrůstající prevalence nadváhy a obezity se stala ve vyspělých zemích civilizačním onemocněním 21. století. Český statistický úřad za rok 2016 zveřejnil výsledky šetření zaměřené na českou populaci od 15 let, které za pomoci výpočtů BMI (body mass index) ≥ 30 postihuje s minimálním rozdílem pohlaví 18,7 %.

Morbidní obezita je závažné onemocnění s multifaktoriální etiopatogenezí doprovázené četnými komorbiditami. Bez (včasného) zahájení adekvátní léčby je prognóza těchto nemocných nepříznivá, protože se vzrůstající tělesnou hmotností, a zvláště pak v pásmu morbidní obezity (BMI) výrazně stoupá i riziko předčasného úmrtí. Mladí muži s těžkou (morbidní) obezitou mají až 12krát vyšší pravděpodobnost úmrtí než vrstevníci s normální tělesnou hmotností. Ve věku 50 let a více s BMI > 40 je relativní riziko smrti až 3,8krát vyšší oproti neobézním stejné věkové kategorie. Léčba patří do rukou zkušeného multioborového týmu, který dle aktuálního stavu nemocného a zhodnocení výsledků provedených vyšetření, stanoví optimální individuální způsob léčby nemocného. Může být konzervativní, endoskopická či chirurgická (Nemocnice Na Homolce, 2015).

Chirurgická léčba je nepochybně velmi účinná, v závislosti na typu provedeného výkonu. Ale nese s sebou i větší rizika, související s vlastním chirurgickým zákrokem – provedením resekčních a rekonstrukčních zákroků na zažívacím traktu, také i se zvýšením specifických rizik operačních výkonů u morbidně obézních nemocných. Je-li nemocný indikován k chirurgickému postupu léčby, rozhoduje se o typu provedení výkonu dle platných mezinárodních kritérií IFSO (Mezinárodní federace pro chirurgii obezity a metabolické nemoci). Cílem bariatrické chirurgie je dosáhnout výrazného až úplného vyléčení komorbidit, provázejících nemocné morbidní obezitou. Chirurgické (bariatrické) výkony prováděné u morbidně obézních nemocných se v posledních 2 desetiletích provádějí prakticky výhradně miniinvazivně tedy laparoskopicky. Což výrazně přispělo k redukci operačních a pooperačních komplikací, urychlilo rekonvalescenci a celkovou zátěž pro nemocného. Vzniklé pooperační komplikace jsou nejčastěji krvácivá či zánětlivá komplikace v operační ráně.

Zařízení poskytující komplexní odbornou péči morbidně obézním nemocným (bariatrickým pacientům) musí být technicky a personálně náležitě vybavené.

Výzkumnou metodu pro svou bakalářskou práci jsem zvolila případovou studii, ve které demonstruji nekomplikovaný průběh hospitalizace 37leté pacientky s morbidní obezitou indikovanou k Minigastrickému bypassu. Prvním dílčím cílem je sledování vlivu motivační

síly na průběh hospitalizace a následný vývoj. Druhým dílčím cílem je sledování úspěšnosti daného operačního výkonu.

2 DEFINICE OBEZITY

Otylost (obezita) je definována jako zvýšené ukládání tělesného tuku. Jde o chronické onemocnění. Je vnímána převážně negativně z estetického hlediska, ale bez včasné diagnostiky a léčby vede k závažným zdravotním komplikacím. WHO v roce 1997 vytvořila klasifikaci obezity s riziky zdravotních komplikací dle BMI uvedené v tabulce č. 1 (Hainer a kol., 2011).

TABULKA 1: KLASIFIKACE OBEZITY DLE WHO S RIZIKY KOMPLIKACÍ

Klasifikace	BMI	Riziko komplikací obezity
podváha	$< 18,5$	nízké (riziko jiných nemocí)
normální hmotnost	$18,5 - 24,9$	průměrné
zvýšená hmotnost	≥ 25	zvýšené
nadváha	$25 - 29,9$	mírně zvýšené
obezita I. stupně	$30 - 34,9$	středně zvýšené
obezita II. stupně	$35 - 39,9$	velmi zvýšené
obezita III. stupně	≥ 40	vysoké

Obezita III. stupně je uváděna rovněž jako morbidní obezita.

Rozeznáváme dva typy obezity. Typ gynoidní převládá spíše u žen. Je přirovnávám ke tvaru „hrušky“ pro zvýšené ukládání tuků v oblasti stehen a hýždí. Androidní typ obezity je typický více pro muže. Je označován také jako obezita viscerální nebo abdominální. K ukládání tuků dochází hlavně v oblasti břicha. Tvarem je přirovnávám k „jablku“. Ze zdravotního hlediska je mnohem závažnější. Častěji způsobuje kardiovaskulární onemocnění a metabolické komplikace (Machová, Kubátová a kol., 2015).

2.1 ETIOPATOGENEZE OBEZITY

Faktory vedoucí ke vzniku a vývoje obezity je možné rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Zvýšené ukládání tělesného tuku způsobuje hlavně dlouhodobý zvýšený energetický příjem společně s poklesem pohybových aktivit vedoucí k celkovému snížení energetického výdej (Kopecká, 2012).

Ovlivnitelnými faktory jsou vlivy zevního prostředí, výživa a její složení. Dalšími podmiňujícími vlivy mohou být psychogenního původu, např. nedostatek spánku, dlouhodobý stres, emočně vypjaté situace (úraz, úmrtí, změna zaměstnání a jiné) nebo změny nálad vedoucí k úzkostným až depresivním stavům. Z hlediska sociálního se považují za důležité determinanty vzdělání, sociální postavení, zaměstnání, ekonomické zajištění a bydlení. V dnešní době se mohou na vzniku obezity podílet i některá farmaka, např. hormonální (antikoncepce, antiandrogenní léčba), hormonální léčba před zahájením IVF, vybraná psychofarmaka (Machová, Kubátová a kol., 2015).

Věk, pohlaví, etnika, hormonální nebo genetické vlivy jsou biologickými faktory, které nelze ovlivnit. U žen může být příčinou vzniku obezity období těhotenství, po porodu, v době kojení a v období klimakteria (Svačina, 2013).

2.2 KOMPLIKACE OBEZITY

Obezita je velmi závažné onemocnění. Způsobuje metabolické a mechanické komplikace. Zároveň se může podílet na psychosociálních změnách jedince.

Metabolické komplikace bývají projeveny jednotlivými komorbiditami, které souvisejí s obezitou, nebo již došlo ke změnám vedoucím k metabolickému syndromu. Ten byl dříve označován jako tzv. hyperplastický syndrom nebo hyperplastická obezita. Je popisován už v osmdesátých letech Kaplanem pod uvedeným názvem tzv. „smrtícího kvarteta“. To zahrnuje samotnou obezitu, arteriální hypertenzi, diabetes mellitus 2. typu a hyperlipoproteinémií (Hainer a kol., 2011).

Mechanické poškození se objevuje u mladších obézních s příznaky počínající osteoartrózy projevující se bolestmi kloubů, které mohou být doprovázeny bolestmi svalů. Objevuje se bolestivost v oblasti zad, otoky dolních končetin, vznik varixů, viditelná celulitida. Dochází k zhoršení hojení ran, hypoventilaci ve spánku, stresové inkontinenci a zvýšenému pocení, které může vést až k opruzeninám (Svačina, 2013).

Psychosociální důsledky u obézních bývají i v dnešní době projeveny diskriminací společností formou posměchu, vyřazení z kolektivu v osobním i pracovním životě, což se negativně odráží na jejich psychickém stavu. Naopak pro někoho mohou být tyto traumatické situace motivací vedoucí ke zlepšení životního stylu. Podpora rodinných příslušníků, blízkých osob, partnera nebo zdravotnického personálu je důležitá (Herlesová a kol., 2013).

2.3 DIAGNOSTIKA OBEZITY

Jedná se o multidisciplinární obor a jeho součástí je internista obezitolog, psycholog zaměřen na problematiku obezity, gastroenterolog, nutriční terapeut, bariatrický chirurg a anesteziolog.

Anamnéza je základním zdrojem anamnestických dat formou rozhovoru mezi pacientem a lékařem. Sběr je veden s cílem získat osobní, rodinnou, nynější, farmakologickou, gynekologickou, alergickou, pracovní a sociální anamnézu. V obezitologii je rozhovor úzce zaměřen na nutriční hodnoty stravy, samotné stravovací návyky a pohybovou aktivitu. Důležité součástí je zjištění o předešlých léčbách. Identifikovat její klady a negativa. Zjistit, co bylo pro pacienta přijatelné, nebo kde naopak nedokázal původně stanovenou léčbu dodržovat (Freid, 2011).

Laboratorní vyšetření podstupuje každý obézní pacient. Jedná se o hematologický (krevní obraz) i biochemický (lipidogram – cholesterol, HDL, LDL, VLDL a triglyceridy, dále jsou to jaterní testy, glykemie, urea, kreatinin, ionty – sodík, draslík a chloridy, celková bílkovina, železo, vápník, CRP) rozbor (Svačina, 2013).

Rozšíření laboratorních vyšetřovacích metod je indikováno z důvodu prokázání nebo vyloučení obezity jako symptomu. Nejčastěji jde o screening thyreopatie (krevní odběry na TSH, T3, T4, fT3, fT4, protilátky a TPO), o syndrom polycystických ovárií (krevní odběry na LH, FSH, androgeny), k vyloučení Cushingova syndromu (sběr moči v časovém období 24 hodin pro stanovení hladiny kortizolu) nebo k diagnostice hyperestrogenismu u mužů, který vede k adenomům či karcinomům kůry nadledvin (krevní odběr na estrogeny), (Svačina, 2013).

BMI je nejzákladnější metodou pro výpočet zastoupení tuku v těle. Vypočítá se pomocí vzorce, kdy $BMI = \text{hmotnost (kg)} / \text{výška (m}^2\text{)}$. Tabulka udávající výsledky dle výpočtu se různí podle etniky. Je odlišná pro východní populaci a populaci obývající Evropu a západní svět. Výsledky BMI sportovců bývají zavádějící, protože mají větší podíl svalové hmoty. Svaly jsou hmotnostně těžší, než zastoupení tukové složky (Doležalová, 2012).

Antropometrické měření je snadnou metodou pro určení distribuce tuku v poměru mezi boky a pasu. Obvod pasu se měří ve středu mezi dolním okrajem žebra a vrcholem kosti kyčelní. Obvod boků je měřen přes hýždě ve vzpřímené poloze. K vyhodnocení se používá WHR index (Waist to hip ratio), kdy $WHR = \text{obvod pasu (cm)} / \text{obvod boků (cm)}$. WHO roku 2011 vydala tabulku s hodnotami WHR indexu a riziky metabolických komplikací uvedené v tabulce č. 2 (Pastucha, 2014).

TABULKA 2: DISTRIBUCE TUKU A RIZIKA METABOLICKÝCH KOMPLIKACÍ

Parametr	Hodnoty muži	Hodnoty ženy	Riziko metabolických komplikací
obvod pasu	> 94 cm	> 80 cm	vzrůstající
obvod pasu	> 102 cm	> 88 cm	podstatně vzrůstající
WHR index	≥ 0,90 cm	≥ 0,85 cm	podstatně vzrůstající

Bioelektrická impedance je časově nenáročné vyšetření nezatěžující pacienta založené na vodivosti těla. Stanovuje se odpor tkání oproti průchodu proudu, který je o vysoké frekvenci, ale nízké intenzitě. Bioelektrická impedance (BIA) může podat zkreslené informace na základě aktuální hydratace pacienta, na anatomickém rozložení tukových vrstev nebo na stavu pokožky, kam se přikládají elektrody od přístrojů vypočítávající složení těla. Elektrody jsou přikládány dvě nebo čtyři. Pokud se přikládají dvě, tak jedna se dá na zápěstí, druhá nad kotník a obě tyto elektrody musí být na pravé straně. V případě čtyř elektrod se přikládají na obě zápěstí a nad oba kotníky. Potom existuje například možnost měření, kdy se pacient postaví plnou vahou na váhu, která má elektrody umístěné pod chodidly nohou (Hainer a kol., 2011).

Duální rentgenová absorpciometrie (DEXA) je vyšetření, které stanoví centrální podíl tukové tkáně v oblasti břicha, tzv. viscerálního tuku a podílu periferního tuku v oblasti končetin. Běžně se tato vyšetřovací metoda využívá k posouzení hustoty a stavu kostí. Jedná se metodu náročnou na vybavení pracoviště i z časového hlediska (Hainer a kol., 2011).

2.4 LÉČBA OBEZITY

Možnosti léčby obézního jedince spočívá v přístupu konzervativním, který je zaměřen na nízkenergetické diety, velmi přísné nízkenergetické diety, pohybové aktivity a farmakologický přístup. Nedochozí-li k uspokojivým výsledkům konzervativního přístupu, přistupuje se k chirurgickému řešení.

2.4.1 LÉČBA KONZERVATIVNÍ

Léčba konzervativní spočívá v úpravě dietního režimu, pohybových aktivit, farmakologickém a kognitivně-behaviorálním přístupu.

Racionální strava dospělého člověka nevyžaduje dietní omezení. Ideální denní energetický příjem je kolem 9500 kJ (což je přibližně 2300 kcal). Z toho by měl být denní příjem makronutrientů s podílem bílkovin 80g, sacharidů 320g a tuků 70g (Svačina a kol., 2008).

Léčba dietou začíná tzv. redukční dietou. Tento typ dietního omezení je založen na sníženém příjmu energie, kdy energetický výdej musí větší. Zároveň musí být dodrženy doporučené stravovací postupy. Celkový energetický denní příjem je snížen na 5040 až 7343 kJ (v přepočtu to činí 1200 - 1170 kcal). Stravy by měla obsahovat denní příjem bílkovin 70 - 75g, sacharidů 150 - 225g a tuků 35 - 60g (Svačina a kol., 2008).

VLCD (very low calory diet) je přísná nízkenergetická dieta. Dohled lékařem je doporučován z důvodu např. zvýšených ztrát tekutin, které mohou vést k hypotenzi i hypokalemii. Nejčastěji je tato dieta vyráběna ve formě prášku obohaceného o mikronutrienty a vlákninu, ze kterého lze připravit s použitím vody nebo nízkotučného mléka nápoj, polévku či krém. Dieta vede k rychlému poklesu tělesné hmotnosti a není vhodná pro dlouhodobé užívání. Její denní energetický příjem se pohybuje v rozmezí 2538 – 4200 kJ (= 605 – 1000 kcal). Makronutrienty jsou zde zastoupeny podílem bílkovin 55 - 70g, sacharidů 50 – 125g a tuků 20 – 25g. Je kontraindikována u pacientů se závažným srdečním onemocněním, jater, s vředovou chorobou žaludku, cév nebo ledvin. Také je nevhodná pro těhotné a kojící. Dále je nutná konzultace a případná úprava dosavadní farmakologická medikace (např. u pacientů užívající antidiabetika, diuretika nebo jiná farmaka), (Svačina a kol., 2008).

Léčba pohybem je v prevenci a léčbě obezity nedílnou součástí. Musí být vždy individuálně sestaven cvičební plán, který bude obsahovat časové rozmezí s frekvencemi (minuty/za týden), intenzitou pohybové aktivity (k tomu v dnešní době slouží dobře dostupné monitoringy tepové frekvence) a typu (nevhodnější pro ně je přirozená chůze, jízda na rotopedu nebo kole a plavání). Pro zvýšení podílu svalové síly a hmoty jsou vhodné posilovací cviky. Individuálně navržený plán dodržovaný pacientem vede k redukci tělesné hmotnosti a pozitivně se mění metabolický profil (Hainer a kol., 2011).

Farmakologická léčba je indikována pro léčbu obezity v případě neuspokojivých výsledků nebo při selhání předchozí léčby. Indikace k podávání farmak se řídí i podle výpočtů aktuálního BMI. To musí být ≥ 30 nebo ≥ 27 prokázanými s komorbiditami (Hainer a kol., 2011).

Kontraindikace farmakologické léčby jsou u projevu nežádoucích účinků (např. při navození depresí, psychostimulačních projevů, návykovosti, tachykardií, hypertenzí či neurotoxicitou). Nedoporučují se dětem a starším lidem od 65 roku života.

Léky užívané pro léčbu obezity se liší mechanismem působení. Farmaka ovlivňující pocit hladu a nasycení zastupuje na trhu prepatát Adipex retard s účinnou látkou fentermin. Směs kofeinu a efedrinu zastupují tzv. Elsinorské prášky – dnes minimálně využívané. Směs působí i na zvyšování energetického výdeje, proto jsou někdy označovány za farmaka termogenní. Zástupce Meridia nebo Lindaxa obsahující subitramin jsou v dnešní době stažena z prodeje. Původně byly Meridia a Lindaxa určeny do indikační skupiny antidepressiv. V poslední řadě jsou používány léky s účinnou látkou orlistat (zástupce Xenical nebo Alli) nebo nově vyvinutý cetilistat. Fungují na základě snižování vstřebávání tuků v organismu. Kromě uvedeného preparátu Alli jsou všechny ostatní na lékařský předpis (Martínková et al., 2007).

Léčba kognitivně-behaviorální je koncipována k osvojení si teoretických i praktických dovedností v přístupech za účelem redukce tělesné hmotnosti. Cílem je, aby nedošlo k zpětnému návratu k původním nevhodným zvyklostem ve stravování a životním stylu za použití třech základních technik. První technika je věnována sebekontrolé. Jde o uvědomění si a nácvik dovedností v sebezposilování, schopnosti sebeovládání a techniky vedoucí ke kontrole samotného stravování. Kognitivní techniky mají za cíl pomoci ovlivnit negativní myšlenky, postoje, chování a emoce. To je zejména uplatňováno u pacientů s depresemi, funkčních sexuálních poruch nebo také rodinných problémů. Třetí technikou je technika relaxační, která má za cíl uvolnit a odreagovat pacienta jinak než jídlem, jak byl doposud zvyklí (Herlesová a kol., 2013, Hainer a kol., 2011).

2.4.2 LÉČBA ENDOSKOPICKÝMI METODAMI

Silikonové balóanky jsou neinvazivní metoda. Balóanky se zavádějí gastrofibroskopem a plní se tekutinou nebo vzduchem. Pro úspěšnost léčby je nutná spolupráce pacienta, protože po ukončení léčby může dojít k jo-jo efektu z důvodu nedodržování doporučeného konzervativního léčebného plánu. Využití metody je prováděno i v rámci předoperační redukce tělesné hmotnosti (Hainer a kol., 2011).

EndoBarrier je novým trendem z endoskopických technik. Principem je vložení plastického „rukávu“ dlouhého 60 cm na začátku duodena pod RTG kontrolou. Překrývá celé duodenum a část jejunu. Výsledky jsou téměř totožné s chirurgicky provedeným gastrickým bypassem. Jedná se o zcela reverzibilní výkon (Beneš, Špičák, 2016).

2.4.3 LÉČBA CHIRURGICKÁ

Začátky bariatrické chirurgie se datují k polovině 20. století. Odvíjely se od operačních výkonů (např. resekce žaludku, tenkého střeva) nesouvisejících s obezitou. Cílem pro bariatrii bylo dosáhnout maximálního požadovaného efektu s minimem komplikací.

Indikace k bariatrické operaci je z hlediska zdravotního s cílem minimalizovat zdravotní rizika související s obezitou. Požadovaný věk od 18 do 65 let. Indikace podle BMI u ≥ 40 nebo s prokázanou komorbiditou související s obezitou a BMI ≥ 35 . Nedostatečný efekt nebo selhání předchozí konzervativní léčby. Opakované jo-jo efekty. Předpoklad odpovídající spolupráce pacienta a přijmutí doživotní změny ve stravování (Brychta, Stanek a kol., 2014).

Kontraindikace je úzce individuální. Hlavními důvody k vyloučení z chirurgického léčebného řešení je věk pod 18 let nebo nad 65 let. Chybí-li předchozí konzervativní léčba. Současný zdravotní stav neumožňuje podstoupení celkové anestezie. Neslučitelnost plánované léčby se současným zdravotním stavem, např. onkologické onemocnění. Prokázané poruchy psychologické (např. bulimie, deprese). U žen stav gravidity (Brychta, Stanek a kol., 2014).

Operační výkony se dělí na restriční, malabsopční a kombinované.

Restriční výkony se zakládají na zmenšení žaludku různými technikami. Nutnost dlouhodobé spolupráce hlavně ve stravování je nezbytnou součástí léčebného procesu pro její maximální úspěšnost. Představitelé této skupiny výkonů jsou bandáž žaludku, sleeve gastrektomie a plikace žaludku.

Bandáž žaludku je založena na principu zmenšení jeho kapacity, kdy tvar žaludku připomíná přesýpací hodiny. Při příjmu potravy dochází k rychlému pocitu nasycení. V červnu roku 1993 M. Freid a M. Pešková provedli na I. chirurgické klinice v Praze světově prioritní laparoskopickou neadjustabilní bandáž žaludku. Prokázali tím, že přednosti laparoskopie lze s výhodou využít i u morbidně obézních pacientů a že laparoskopický miniinvazivní přístup je nejen vhodným způsobem, jak bandáže bezpečně a efektivně implantovat, ale obecně vhodným operačním přístupem pro obézní pacienty (Hainer a kolektiv, 2011, str. 329). Pro morbidně obézní pacienty byly do té doby laparoskopické výkony kontraindikovány. Vzhledem k opakovaným výskytům komplikací (např. dislokace způsobovala dilataci žaludku nad původně aplikovanou bandáží, která se symptomatologicky projevovala pocity nevolnosti a nauzeou) se od neadjustabilních bandáží upustilo a nahradila ji nová technika adjustabilní bandáže žaludku.

Adjustabilní bandáž žaludku se v ČR provádí od roku 1996. Principem adjustabilní bandáže je zmenšení proximální části žaludku na 10 až 20 ml po zevním přiložení silikonové pásky. Silikonový pásek má na svém vnitřním obvodu balónek z měkkého materiálu. Je spojený s umělou hadičkou s port-kat komorou. Port-kat komora je umístěna v podkoží pacienta. Slouží k regulaci náplně, která upravuje zúžení mezi proximální a distální částí žaludku v ambulantní péči. Hlavní výhodou adjustabilní bandáže spočívá ve vratnosti zákroku. Bandáž může být zároveň trvale ponechána. Těhotenství se od výkonu doporučuje nejdříve po šestém měsíci (Fried a kol., 2011).

Sleeve gastrektomie je resekce žaludku zmenšením připomínající rukáv. Resekce odstraňuje fundus žaludku i celé velké zakřivení. Při přijímání potravy dochází k rychlému pocitu nasycení, protože je žaludek přibližně o 80% zmenšen. Tento typ výkonu je nevratný (Doležalová, 2012).

Plikace žaludku je nejnovější metodou, která je vizuálně i mechanicky velmi podobná sleeve gastrektomii. Princip operačního výkonu je odlišný. Velké zakřivení žaludku se „vnoří“ a přešije: Technikou je dosaženo tubulizace žaludku. Za včasného řešení je možnost k anatomickému navrácení. Zastoupení pooperačních komplikací je menší oproti sleeve gastrektomii, protože se žaludek neresekuje (Fried a kol., 2011).

Malabsorpční výkon je nejvíce technicky náročný. Ireverzibilní operační řešení je biliopankreatická diverze.

Biliopankreatická diverze spočívá ve zmenšení žaludku na přibližných 70%, což obsahově odpovídá 300 ml. Trávicí enzymy se dostanou k potravě ve střevě tenkém v 50 – 80 cm před napojením do části střeva tlustého. Principem je minimální možnost vstřebávání a dochází tak k celoživotnímu nedostatku vitaminů a minerálů, které musí být suplementovány. Z řady vitaminů se jedná o A, B, C, K. Sledují se hladiny vápníku a železa (Doležalová, 2012).

Kombinované výkony spočívají v propojení restričních a malabsorpčních operačních výkonů. Pacient je schopen přijímat malé množství stravy v jedné dávce a plocha k vstřebávání živin je zkrácena. Jedná se o anatomicky nevratné typy výkonů. V ambulantní péči je nutné sledovat hodnoty hladin makronutrientů i mikronutrientů (např. nedostatek železa zde může vést k sideropenické anémii), (Doležalová, 2012).

Roux Y Gastrický bypass byl poprvé použit v roce 1966 E. E. Masonem v USA (Doležalová, 2012, str. 45). Pro časté komplikace (např. nově vzniklé vředy v anastomóze nebo biliární ezofagitidy) vytvořen nový postup podle Rouxe, který je používán do dnes. Operační výkon spočívá ve zmenšení proximální části žaludku na 20-50 ml. Distální větší část

žaludku se vyřadí z funkce. Na tenkém střevě dojde k přerušení v úseku mezi koncem duodena a začátkem jejunu. Jejunum se napojí na vzniklý žaludeční pouch. Duodenum odstupující z nefunkční části žaludku se napojí anastomózou na funkční jejunum. K našíť anastomózy musí dojít minimálně 45 cm za tzv. Treitzovým ligamentem. Při nedodržení minimální doporučené délky by docházelo k refluxu potravy do duodenální části. Operační výkon připomíná po kompletním napojení obou anastomóz písmeno Y (Hainer a kol., 2011).

Minigastrický bypass lze chirurgicky vytvořit pomocí jedné anastomózy, který svým tvarem připomíná znak omegy. Žaludek se chirurgicky zmenší na velikost 20 – 50 ml. Tenké střevo se přibližně v délce 200 cm od pylorusu našije formou anastomózy na vzniklý žaludeční pouch. Přijímaná strava v menších dávkách a zkrácená délka k vstřebávání živin slouží stejně jako u gastrického bypassu (Brychta, Stanek a kol., 2014).

2.5 POOPERAČNÍ KOMPLIKACE CHIRURGICKÝCH VÝKONŮ A PROGNÓZA

Negativně ovlivňují normální pooperační vývoj a vznikají v souvislosti na proběhlou anestezii či samotný chirurgický výkon.

Časné komplikace jsou nejčastěji zastoupeny poruchami až selháním kardiopulmonálního oběhu, poškozením centrální nervové soustavy projevující se poruchami vědomí, krvácivým stavem nebo chrapotem či bolestmi v krku po intubaci (Doležalová, 2012).

Pozdní komplikace přicházejí s časovým odstupem i několika dní od operačního výkonu. Mohou se projevit trombembolickou nemocí, zánětlivými změnami na dýchacím ústrojí, infekčními stavy s místním nebo celkovým projevem nebo sekundárním hojením operačních ran (Janíková, Zeleníková, 2013).

Z dlouhodobého hlediska se může vyskytovat jícnový reflux nebo kolísavé hodnoty glykemií. Ty jsou především závažné u dostavení hypoglykemického kóma (Hainer a kol., 2011).

Prognóza bariatrických výkonů je rozdílný s ohledem na typ obezity a BMI, zvolený operační výkon a životosprávu pacienta. K poklesu tělesné hmotnosti dochází po všech uvedených bariatrických operačních výkonech, ale výsledky jsou individuální (Brychta, Stanek a kol., 2014).

2.6 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U MORBIDNĚ OBÉZNÍHO PACIENTA PRO PLÁNOVANÝ BARIATRICKÝ OPERAČNÍ VÝKON

Kapitola představuje celkový průběh od předoperační přípravy až po propuštění pacienta.

Dlouhodobá předoperační příprava je indikace pacienta v ambulantní péči po multidisciplinárním závěru k operačnímu výkonu. Lékařem je plně informován o typu výkonu a možných komplikací, průběhu hospitalizace, o důsledcích vyplívajících z plánovaného výkonu. Pacient obdrží pokyny pro obvodního lékaře nebo obezitologa internistu ke zpracování předoperačních vyšetření.

Úloha sestry spočívá v kontrole dokumentace, v zajištění doplňkových vyšetření a je psychickou oporou pro pacienta. (Janíková, Zeleníková, 2013).

Krátkodobá předoperační příprava pacienta začíná nástupem k hospitalizaci den před plánovaným operačním výkonem. Zpracuje se ošetrovatelská i lékařská příjmová anamnéza. Plní se ordinace lékaře. Proběhne příprava vyprázdnění, operačního pole a celková hygiena pacienta. Zajistí se anesteziologické konzilia, lékař edukuje pacienta o zvoleném typu anestezie (vždy celková) a očekávaného průběhu. Do dokumentace zaznamená premedikaci a prevenci TEN (trombembolická nemoc) antikoagulanciem. Důležitým faktorem je vysvětlení pojmu bolest, možnosti hodnocení dle VAS (Visuelle Analog-Skala) a její možnosti léčby. Zdravotnická dokumentace musí obsahovat všechny nutné souhlasy s podpisy a kompletní výsledky z vyšetření potřebných pro závěr k možné indikaci k operačnímu výkonu. Specifické vyšetřovací metody pro bariatrické operace jsou výsledky z fibroskopie, sonografie břicha, spirometrické vyšetření a psychologický závěr (Janíková, Zeleníková, 2013, Kapounová, 2007).

Úloha sestry spočívá v seznámení pacienta s oddělením, plněním výše uvedených ordinací lékaře a zajištěním potřebných anamnestických dat. Je pacientovi nápomocna při úkonech v sebepéči, pokud je není schopen vykonat sám. Osobní věci jsou řádně zajištěny pro předání na další pracoviště (JIP – jednotka intenzivní péče nebo ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení). Kontroluje kompletní dokumentaci a veškeré souhlasy s podpisy obou stran (lékař x pacient), (Janíková, Zeleníková, 2013, Kapounová, 2007).

Bezprostřední předoperační příprava je ošetrovatelská péče 2 hodiny před předáním pacienta na operační sál. Proběhne kontrola operačního pole a prevence TEN kompresivními punčochami. Sestra kontroluje odstranění všech šperků, vyjmutí zubní protézy a jejich pečlivé uschování dle doporučených postupů zdravotnického zařízení. Sestra změří a zaznamená do dokumentace aktuální hodnoty FF (fyziologické funkce).

Kontroluje kompletnost dokumentace před předáním pacienta na sál (Janíková, Zeleníková, 2013, Kapounová, 2007).

Pooperační péče začíná předáním pacienta sestře z intenzivní péče anesteziologem. Sdělované informace jsou z průběhu výkonu o oběhové stabilitě/instabilitě a o zavedených invazivních vstupech (např. PŽK – periferní žilní katetr, ČŽK – centrální žilní katetr, epidurální katetr). Následuje předání pacienta perioperační sestrou sestře z intenzivní péče. Na JIP se sledují monitorací FF do stabilizace a ošetřující zdravotnický personál plní ordinace lékaře. Kontrola krytí a aseptické převazy operačních ran a invazivních vstupů se provádí opakovaně. Sleduje se diuréza, množství a charakter odpadu z drénu. Probíhá monitorace a léčba bolesti pomocí analogové škály na stupnici od 0 do 10, kdy bolest vyjádřená číslem 10 je hodnocena jako bolest nejsilnější a nesnesitelná. Prevence TEN kompresivní punčochami společně s antikoagulancii je nezbytnou součástí. Rehabilitace je vedena fyzioterapeutem. Zajištění dostatečné hydratace, popř. zavedení parenterální výživy. Doplnění potřebných diagnostických vyšetření. Kvalitně poskytovaná ošetrovatelská péče pacientovi za účelem navrácení do běžného života a plnění všedních činností, je cílem pooperační péče (Janíková, Zeleníková, 2013, Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos, 2016).

Dimise pacienta je možná podle aktuálního zdravotního stavu. Pacient je schopen sebez péče a plnění všedních potřeb. V případě potřeby je možné zajistit domácí péči.

Banding klub je pro pacienty budoucí i pro ty, kteří už bariatrický výkon podstoupili. Klub je založený roku 2004 a pacienti si zde můžou navzájem sdělit své očekávání, obavy, problémy stojící za vznikem obezity a vše, co s touto problematikou souvisí. Je to pro ně velmi dobré i z psychického hlediska. Dostupné informace jsou na webových stránkách na www.bandingklub.cz.

2.7 PREVENCE OBEZITY

Účinným nástrojem moderní medicíny je prevence, která je koncipována za účelem snižování výskytu nemocí pomocí aktivního ovlivňování rizikových faktorů.

Primární prevence je založena na principu předcházení vzniku onemocnění a zabránění poškození organismu. Z hlediska obezity je důležité se zaměřit na potencionální pacienty, kteří jsou hlavně ti, co mají pozitivní anamnézu v rodině. Zvýšená pozornost by měla být věnována ženám v době těhotenství, v poporodní fázi a v období klimakteria (Machová, Kubátová a kol., 2015).

Sekundární prevence se zabývá již projeveným vznikem onemocnění. Cílem této prevence je návrat k fyziologickému stavu nebo alespoň zabránění progresi nemoci. U obézních se zaměřuje na aktuální tělesnou hmotnost, nejčastěji pomocí BMI a přístupy ke snížení celkové hmotnosti. Dále se věnuje případným přidruženým onemocněním a jejich léčbě, které jsou nejčastěji zastoupeny hypertenzí, diabetem mellitem 2. typu, neplodností, metabolickým syndromem a jinými možnými dalšími důsledky korespondující se stavem obezity (Machová, Kubátová a kol., 2015).

Terciální prevence je zaměřena na pacienty, u kterých došlo k rozvinutí obezity a orgánové postižení je ireverzibilní. Komplexní léčbou lze předejít progresi celkového stavu až případnému úmrtí (Machová, Kubátová a kol., 2015).

2.7.1 PREVENCE OBEZITY EU

V roce 2007 byla vydána Bílá kniha s navrženou strategií pro Evropu se zaměřením na problémy související s výživou, nadváhou a obezitou. Jsou v ní uvedené změny v rámci veřejné prevence na úpravu proti obezitogennímu prostředí v oblastech fyzické aktivity (např. dostupnost sportu a prostor k ním určených, zajištění možností pro aktivní trávení volného času) a výživy (např. ovlivnění potravinářského průmyslu za účelem poskytování zdravějších a kvalitnějších potravin s finanční dosažitelností, omezení klamných reklam). Strategie zahrnuje i vzdělávání a informovanost pro zvyšování kvalitní výchovy ke zdraví.

V Evropské Unii je realizováno a financováno několik mezinárodních projektů se zaměřením na boj proti obezitě, kterými jsou např. program EURRECA (EUROpen micronutrient RECommendation Aligned) podporovaný Evropskou komisí utvořilo síť spotřebitelských organizací a podniků, nutričních společností a vědců s cílem vyřešit odlišná doporučení států týkajících se mikronutrientů a jejich denní dávky. Další program s cílem pro zlepšení kontroly, metod hodnocení a bezpečnost potravin se zabývá SAFE FOODS. Projekt s cílem shromažďování dat souvisejících komplexně s nadváhou a obezitou, které by byly k dispozici veřejně, je nazván HOPE (Health Promotion through Obesity Prevention across Europe), (Komise Evropských Společenství, 2007, Hainer a kol., 2011).

2.6.2 PREVENCE OBEZITY ČR

Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo Národní akční plán proti obezitě, který je součástí Národního programu Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Posláním tohoto plánu je zvládnutí epidemie obezity, prodloužení

života a zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Účelem je poskytnutí adekvátní potřebné péče všem obyvatelům bez rozdílu (MZČR, 2015).

Česká obezitologická společnost svým úsilím pod záštitou České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČSL JEP) sdružuje všechny odborníky zabývající se prevencí a léčbou obezity. Cílem je zajišťovat a zvyšovat vzdělávání v obezitologii pregraduálně i postgraduálně, podpora výzkumné oblasti za účelem vypracování doporučených postupů diagnostických i léčebných. Společnost pořádá každý rok konference a informace předávají odborníkům, ale i laické veřejnosti pomocí tisku či médií (Hainer a kol., 2011).

Ministerstvo dopravy se na prevenci obezity podílí např. rozvojem cyklistické infrastruktury.

K prevenci obezity dochází dokonce už na úrovni předškolního věku za podpory Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR.

Boj proti obezitě podporují i nestátní organizace různými programy tvořenými ve spolupráci s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a rekondičními centry po celé ČR.

3 POUŽITÉ METODY

3.1 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem je demonstrovat pacientku s morbidní obezitou řešenou Minigastrickým bypassem a nekomplikovaným průběhem hospitalizace. Prvním dílčím cílem je sledování vlivu motivační síly na průběh celé hospitalizace s následným vývojem. Druhým dílčím cílem je sledování úspěšnosti daného operačního výkonu.

3.2 METODOLOGIE

Pro zpracování práce jsem volila formu kvalitativního výzkumu. Uvedená data jsou získána formou rozhovoru, pozorováním pacientky a analýzou zdravotnické dokumentace. Ke zvolené případové studii jsem použila ošetrovatelský model Marjory Gordon, protože podle mého názoru je ke zpracování této práce nejvhodnější. Fáze ošetrovatelského procesu budou provedeny od anamnézy, po stanovení cílů, intervencí, realizací a celkové vyhodnocení ošetrovatelského plánu.

3.3 VÝBĚR PACIENTA

Pacientka byla vybrána z důvodu nekomplikovaného průběhu pooperačního stavu během celé hospitalizace, motivace, výborné spolupráce a sledování úspěšnosti daného operačního výkonu. Bude zachována pacientky anonymita a data budou zpracovávána dle etického kodexu. Uvedené iniciály jsou smyšlené. Písemný souhlas se zpracováním veškerých dat ve zvoleném zdravotnickém zařízení v Praze je k nahlédnutí na vyžádání u autorky.

3.4 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL MARJORY GORDONOVÉ

Marjory Gordonová se svým modelem vychází z toho, že všichni jedinci mají společné určité typy chování, které souvisejí s jejich zdravím, kvalitou života, s rozvojem jejich schopností a dosažením plného lidského potencionálu. Stav zdraví vyjadřuje bio-psycho-sociální (celostní) integritu člověka – porucha v jedné oblasti narušuje rovnováhu a zdraví celého organismu (Mastiliaková, 2014, str. 64).

Marjory Gordonová navrhla pro tvorbu komplexní ošetrovatelské anamnézy 11 oblastí funkčních typů zdraví, které jsou:

- vnímání zdraví – aktivity k udržení zdraví
- výživa - metabolismus
- vylučování

- aktivita - cvičení
- spánek - odpočinek
- vnímání – poznávání
- sebepojetí – sebeúcta
- plnění rolí – mezilidské vztahy
- sexualita – reprodukční schopnost
- stres – zvládání a tolerance
- víra – životní hodnoty (Mastiliaková, 2014).

4 PŘÍPADOVÁ STUDIE

4.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVÍ

Iniciály pacientky: X. Y.

Pohlaví: žena

Věk: 37

Rodinný stav: vdaná

Důvod k hospitalizaci: plánovaný Minigastrický bypass na chirurgickém oddělení

Datum příjmu: duben 2016

Kazuistika byla zpracována od příjmu pacientky na lůžkové oddělení do dne dimise. Hospitalizace činila celkem 7 dní.

4.2 LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY

Základní diagnóza: Obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií

Další diagnózy:

- porucha metabolismu lipoproteinů
- diabetes mellitus II. typu na PAD
- arteriální hypertenze

4.3 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza: otec – hyperlipidémie, matka – arteriální hypertenze, obezita.

Osobní anamnéza: v dětství prodělané běžné dětské nemoci bez komplikací.

Gynekologická anamnéza: pravidelně sledována na gynekologii, menstruace pravidelná, bez porodů.

Alergická anamnéza: peří, prach, roztoče, lékovou neudává.

Pracovně-sociální anamnéza: reklamant, žije s manželem, bezdětná.

Farmakologická anamnéza: uvedené v tabulce č. 3

TABULKA 3: CHRONICKÁ MEDIKACE PACIENTKY

Název léku	Užívání	Způsob podání	Indikační skupina
ZODAC 10 mg	1-0-0	p. o.	antihistaminikum
PRESTANCE 5 mg/5 mg	1-0-0	p. o.	antihypertenzivum
METFORMIN MYLAN 500 mg	1-0-0, aktuálně již den vysazen	p. o.	antidiabetikum

Abusus: alkohol příležitostně, nekuřačka

Spirituální anamnéza: ateistka

Antropometrické údaje: výška: 170 cm, váha: 145 kg, BMI: 51.9, obvod pasu: 131 cm.

Nynější onemocnění: pacientka s morbidní obezitou a metabolickým syndromem indikována k bariatrické operaci. Před výkonem za hospitalizace ve zdravotnickém zařízení úbytek tělesné hmotnosti o 17 kg.

Objektivní nález: aktuální fyziologické funkce TK 130/80 mm Hg, P 86/min., TT 36,6 °C, DF 14/min., kardiopulmonálně kompenzovaná. Břicho konstitučně nad úrovní, měkké a palpační vyšetření pouze orientačně. Břicho nebolestivé a bez známek peritoneálního dráždění. Dolní končetiny bez otoků, periferie prokrvená. Po propuštění možná ambulantní péče.

4.3 VYŠETŘOVACÍ A DIAGNOSTICKÉ METODY V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE

Po dobu celé hospitalizace byly pacientce dle ordinace lékaře provedeny kontroly FF uvedené v tabulce č. 4 a č. 5 a krevní odběry uvedené v tabulce č. 6 a č. 7. Hodnoty glykemií se sledovaly individuálně, které jsou uvedeny v tabulce č. 8.

TABULKA 4: HODNOTY FF SLEDOVANÝCH NA STANDARDNÍM ODDĚLENÍ PODLE HOSPITALIZAČNÍCH DNŮ

FF	---	1. den	2. den	5. den	6. den	7. den
TK	ranní	---	136/82	135/79	116/66	124/73
---	večerní	128/74	---	135/74	121/80	---
P	ranní	---	78/min	82/min	69/min	74/min
---	večerní	76/min	---	76/min	84/min	---
TT	ranní	---	36.7 °C	36.2 °C	36.6 °C	36.4 °C
---	večerní	36.3 °C	---	36.8 °C	36.6 °C	---

TABULKA 5: HODNOTY FF SLEDOVANÝCH NA JIP UVEDENÉ PODLE HOSPITALIZAČNÍCH DNŮ

Měřené FF	2. den od 12 ³⁰	3. den	4. den	Jednotky	Referenční rozmezí
TK systolický	110 - 135	115 - 138	112 - 146	mm Hg	100 – 139
TK diastolický	65 – 80	68 - 88	73 - 90	mm Hg	60 - 89
P	64 - 78	62 - 86	66 - 89	/za minutu	60 - 90
DF	13 - 18	14 - 20	14 - 20	/za minutu	16 - 20
saturace	98 - 100	95 - 100	95 - 100	%	95 - 100
TT	36.4 – 36.7	36.5 – 36.8	36.2 – 36.7	°C	36.0 – 36.9
CŽT	+ 6 až + 9	+ 5 až + 11	+ 7 až + 10	mm Hg	5 -10

Změřené FF daného dne jsou uváděny v rozmezí od nejnižší po nejvyšší hodnoty, které byly pacientce změřeny.

TABULKA 6: VÝSLEDKY HEMATOLOGICKÝCH VYŠETŘENÍ UVEDENÉ DLE HOSPITALIZAČNÍCH DNŮ

Název metody	2. den *	3. den	4. den	6. den	Uváděné v jednotkách	Referenční rozmezí
Hemoglobin	131	128	124	125	g/l	120-160
Erytrocyty	4.87	4.36	4.21	4.27	10 ¹² /l	3.80-5.20
Hematokrit	0.40	0.39	0.36	0.37	l/l	0.35-0.47
Leukocyty	8.1	12.8	13.2	10.4	10 ⁹ /l	4.0-10.0
Trombocyty	210	186	174	181	10 ⁹ /l	150-400

Krevní odběry paní X. Y. byly naordinovány a provedeny v 6:30.

* V den operace byly krevní odběry provedeny v 17:00 hodin.

TABULKA 7: VÝSLEDKY BIOCHEMICKÝCH VYŠETŘENÍ UVEDENÉ DLE HOSPITALIZAČNÍCH DNŮ

Název metody	2. den *	3. den	4. den	6. den	Uváděné v jednotkách	Referenční rozmezí
Sodík	141	138	137	139	mmol/l	135-146
Draslík	4.5	3.8	3.7	4.0	mmol/l	3.6-5.5
Chloridy	112	110	98	102	mmol/l	97-115
Vápník	2.43	2.32	2.30	2.29	mmol/l	2.05-2.90
Močovina	5.20	4.10	3.80	3.10	mmol/l	2.50-8.30
Kreatinin	61.00	58.00	52.00	46.00	umol/l	39.0-91.0
Bilirubin celkový	11.60	11.10	10.90	11.20	umol/l	3.00-21.00
ALT	0.53	0.48	0.51	0.50	ukat/l	0.15-0.73
AST	0.46	0.38	0.44	0.41	ukat/l	0.10-0.66

GGT	0.39	0.36	0.37	0.30	ukat/l	0.12-0.70
ALP	1.45	1.38	1.24	1.33	ukat/l	0.66-2.20
AMS	0.42	0.40	0.38	0.39	ukat/l	0.05-1.67
CRP	12.50	24.00	38.50	16.00	mg/l	0.00-5.00

Krevní odběry paní X. Y. byly naordinovány a provedeny v 6:30.

* V den operace byly krevní odběry provedeny v 17:00 hodin.

TABULKA 8: VÝSLEDKY HODNOT GLYKEMIÍ UVEDENÉ DLE HOSPITALIZAČNÍCH DNŮ

Čas odběru	1. den	2. den	3. den	4. den	5. den	6. den	7. den	Uváděné v jednotkách	Referenční rozmezí
6:30	---	6.5	5.9	6.1	5.3	5.1	5.1	mmol/l	3.30-5.60
11:00	---	7.6*	6.9	4.7	5.3	5.6	---	mmol/l	3.30-5.60
17:00	8.6	7.5	6.5	6.1	5.6	4.1	---	mmol/l	3.30-5.60
21:00	8.0	8.5	6.7	6.2	5.3	5.8	---	mmol/l	3.30-5.60

* hodnota glykemie byla změřena ve 12:30 po příjezdu na JIP z operačního sálu.

Po zavedení ČŽK v den operace byl proveden kontrolní snímek RTG S + P na lůžku po příjezdu na JIP z důvodu vyloučení pneumotoraxu a dislokace zavedeného katetru. Popis RTG S + P je bez známek pneumotoraxu či dislokace. Konec ČŽK je v horní duté žíle. Po odstranění ČŽK aseptickým způsobem je konec katetru preventivně odeslán na mikrobiologické vyšetření za účelem sledování indikátoru katérových infekcí. Výsledek mikrobiologického pracoviště je vyhodnocen po ukončení hospitalizace.

Ke kontrole průchodnosti a těsnosti anastomózy bylo provedeno kontrolní vyšetření RTG polykací akt 1. den pooperační. RTG pracoviště popisuje volný průtok kontrastní látky bez úniku mimo rekonstruovanou část po Minigastrickém bypassu.

4.4 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA ZA HOSPITALIZACE

TABULKA 9: FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA BĚHEM HOSPITALIZACE

Název léku	Užívání	Způsob podání	Indikační skupina
ZODAC 10 mg	1-0-0	p. o.	antihistaminikum
PRESTANCE 5 mg/5 mg	1-0-0	p. o.	antihypertenzivum
METFORMIN MYLAN 500 mg	1-0-0, vysazen po celou dobu hospitalizace	p. o.	antidiabetikum
DORMICUM 7,5 mg	0-0-0-1	p. o.	hypnotikum, sedativum
FRAXIPARINE 0,6 ml	0-0-1	s. c.	antikoagulancium
FORTTRANS	0-1-0	p. o.	laxativum
FUROSEMID 40 mg	dle bilance a ČŽT	i.v.	diuretikum
ONDANSETRON 8 mg	při nauze nebo zvracení, max. do dávky 32 mg/den	i.v. podat ve 100 ml FR	antiemetikum

TABULKA 10: LÉČBA BOLESTI BĚHEM HOSPITALIZACE

Název léku	Užívání	Způsob podání	Indikační skupina
DIPIDOLOR 15 mg	při VAS \geq 5, opakovat po 30 minutách do VAS \leq 3	i. v. ve 100 ml FR, nechat kapat 20 minut	opioidní analgetikum
NOVALGIN 1 g	při VAS \geq 1, max. dávka 4 g/den	i. v. ve 100 ml FR, nechat kapat 15	analgetikum, antipyretikum

		minut	
PARACETAMOL 10 mg/ml (1 g ve 100 ml)	při VAS \geq 1, max. dávka 4 g/den	i. v., dodržet interval mezi podáním 6 hodin	analgetikum, antipyretikum
DIPIDOLOR 15 mg	při VAS \geq 5, do VAS \leq 3	s. c.	opioidní analgetikum
NOVALGIN 500 g, podat 2 tbl.	při VAS \geq 1, max. dávka 4 g/den	p. o.	analgetikum, antipyretikum
PARACETAMOL 500 mg, podat 2 tbl.	při VAS \geq 1, max. dávka 4 g/den	p. o.	analgetikum, antipyretikum

TABULKA 11: INFUZNÍ TERAPIE BĚHEM HOSPITALIZACE

Název léku	Užívání	Způsob podání	Indikační skupina
PLASMALYTE 1 000 ml	100 ml/hodinu	i. v.	izotonický roztok elektrolytů
GLUKÓZA 10 % 500 ml	80 ml/hodinu + x j HMR dle glykemie	i. v.	infuzní roztok s cukry

4.5 DIETOTERAPIE

1. den hospitalizace: čaj, bujon, od půlnoci nic per os
2. den hospitalizace: nic per os 4 hodiny po výkonu, čaj po lžičkách
3. den hospitalizace: čaj po doušcích, 2x Diasip
4. den hospitalizace: čaj, bujon, 3x Diasip
5. den hospitalizace: tekutiny volně přijímané v malém množství, šlehaná, 3x Diasip

6. den hospitalizace: tekutiny volně přijímané v malém množství, šlehaná strava

7. den hospitalizace: tekutiny volně přijímané v malém množství, šlehaná strava

4.6 INVAZIVNÍ VSTUPY BĚHEM HOSPITALIZACE

TABULKA 12: PŘEHLED INVAZIVNÍCH VSTUPŮ BĚHEM HOSPITALIZACE

Invazivní vstup	Typ a místo zavedení	Den zavedení	Datum odstranění
CŽK	3 lumen, vena jugularis interna l. dx.	2. den hospitalizační	6. den hospitalizační
PŽK	G 18, PHK – hřbet ruky	2. den hospitalizační	3. den hospitalizační
PMK	CH 16, močový měchýř	2. den hospitalizační	5. den hospitalizační
drén	na spád, břišní	2. den hospitalizační	5. den hospitalizační

4.7 PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Pro přehled průběhu a lékařských ordinací je rozepsán každý den hospitalizace od příjmu po propuštění.

4.7.1 1. DEN HOSPITALIZACE

Pacientka byla přijata pro plánovaný Minigastrický bypass na chirurgické oddělení, se kterým byla seznámena. S pacientkou byly sepsány všechny právní náležitosti potřebné k hospitalizaci, ošetřovatelský vstupní záznam a lékařský příjem. Hodnoty FF byly v normě. Anesteziolog určen pro předoperační anesteziologické konzilium neshledal důvod pro odložení výkonu a pacientka je schopna výkonu v celkové anestezii. Pacientce byly vysvětleny a zodpovězeny dotazy týkající se plnění lékařských ordinací pro tento den.

Lékařská ordinace: TK + P 1x denně uvedené v tabulce č. 4, VGP (viz tabulka č. 8), objednat 1x TRF k výkonu, doplnit anesteziologické konzilium, vyprázdnění Fortransem, pohybový režim bez omezení.

4.7.2 2. DEN HOSPITALIZACE / 0. DEN POOPERAČNÍ

V ranních hodinách byly pacientce změřeny a zapsány FF, které byly v normě. Z důvodu prevence TEN byly pacientce na DKK nataženy kompresivní punčochy. Chronická medikace nebyla podána. S řádně zkontrolovanou zdravotnickou dokumentací byl zajištěn převoz na operační sál. Anestezie trvala 3 hodiny a 35 minut. Chirurgický výkon trval celkem 3 hodiny a 20 minut. Převoz na JIP za monitoringu FF a zajištěním proti pádu z důvodu celkové anestezie. Na JIP pokračování v monitoraci FF, opakovaně kontrolovány invazivní vstupy (viz tabulka č. 12) a krytí operačních ran. Pacientka průběžně edukována o pooperačním režimu. Informace opakovány z důvodu dozívající anestezie. Léčba bolesti pomocí hodnocení VAS. Celková bilance tekutin 0. pooperačního dne byla + 800 ml a břišní drén odvedl 100 ml.

Lékařské ordinace: kontinuální monitorace, TK + P po 20 minutách po 2 hodiny a dále při stabilizaci po 1 hodině (viz tabulka č. 5), P + V tekutin zapisovat po 6 hodinách, CŽT měřit po 6 hodinách, sledovat množství a charakter z drénu a zapisovat po 6 hodinách, kontrolní RTG S+P statim, VGP, krevní odběry v 17:00 hod. (krevní obraz, Na, K, Cl, Ca, močovina, kreatinin, JT, AMS, CRP) viz tabulka č. 6 a č. 7., O₂ kontinuálně 2-4l/min dle SpO₂, pohybový režim – klid na lůžku + poloha polosed hned od operace, prevence TEN – kompresivní punčochy, infuzní terapie (viz tabulka č. 11) a analgetická terapie uvedená v tabulce č. 10.

4.7.3 3. DEN HOSPITALIZACE / 1. DEN POOPERAČNÍ

V průběhu dne byla pacientka opakovaně vertikalizována. Rehabilitace byla vedena fyzioterapeutem během dopoledne a odpoledne. Osobní toaleta 2x denně v ranních a odpoledních hodinách s dopomocí ošetřujícího personálu. Pacientka podstoupila vyšetření RTG polykací akt a chronickou medikaci užila až po kontrole výsledku vyšetření lékařem. Měřené FF byly v normě. Pacientka spolupracuje. Bolesti jsou snesitelné a nijak ji fyzicky neomezují. Proveden aseptický převaz invazivního vstupu – CŽK (okolí vpichu bez zarudnutí) a operačních ran (operační rány bez známek zánětlivých změn a hematomu). PMK a břišní drén ponechán. Pitný režim a sipping bez obtíží. Celková bilance tekutin za 1. pooperační den byla + 1 100 ml a břišní drén odvedl 40 ml.

Lékařské ordinace: TK + P po 3 hodinách, P + V tekutin po 6 hodinách, CŽT po 6 hodinách, PŽK dnes odstranit, VGP, krevní odběry provedeny dnes v 6:30 hod. hod (krevní obraz, Na, K, Cl, Ca, močovina, kreatinin, JT, AMS, CRP), dnes kontrolní RTG polykací akt, převaz operačních ran a CŽK sestrou, analgetická a infuzní terapie, pohybový režim – vertikalizace, sed, stoj, chůze s doprovodem.

4.7.4 4. DEN HOSPITALIZACE / 2. DEN POOPERAČNÍ

Během dne pacientka 2x rehabilitovala. Osobní toaleta byla provedena v ranních a odpoledních hodinách. Převaz operačních ran byl proveden asepticky. Operační rány bez známek zánětlivých změn a hematomu. PMK a břišní drén ponechán. Pitný režim a sipping udává pacientka bez obtíží. Celková bilance tekutin 2. pooperačního dne byla + 400 ml a břišní drén odvedl 20 ml.

Lékařské ordinace: TK + P po 6 hodinách, P + V tekutin po 6 hodinách, CŽT po 6 hodinách, VGP, krevní odběry provedeny dnes v 6:30 hod. hod (krevní obraz, Na, K, Cl, Ca, močovina, kreatinin, JT, AMS, CRP), převaz operačních ran sestrou, analgetická a infuzní terapie, pohybový režim – vertikalizace, sed, stoj, chůze.

4.7.5 5. HOSPITALIZAČNÍ DEN / 3. POOPERAČNÍ DEN

FF jsou v normě a pacientka je během dopoledne přeložena na standardní lůžkové oddělení chirurgie. Pacientka schopna sebezpečí s minimální dopomocí. Převaz operačních ran asepticky a bez známek zánětlivých změn. Břišní drén a PMK jsou extrahovány. Kontrola mikce - pacientka neudává potíže. Bolesti snesitelné. Šlehaná strava přijímaná bez obtíží. Celková bilance tekutin + 550 ml.

Lékařské ordinace: TK + P 4x denně, P + V tekutin po 12 hodinách, VGP, extrahovat PMK a drén, převaz operačních ran sestrou – bez známek zánětlivých změn, pohybový režim bez omezení – s ohledem na pooperační stav (pacientka edukována), překlad na standardní oddělení.

4.7.6 6. DEN HOSPITALIZACE / 4. POOPERAČNÍ DEN

Pacientka soběstačná. Bolesti pociťuje jako snesitelné s minimální nutností podávání analgetik. Mikce spontánní bez obtíží. Převaz operačních ran bez přítomnosti známek zánětlivých změn. CŽK extrahován a sledováno sterilní krytí z důvodu krvácení – bez prosáknutí. Pacientka klidná. Přijímání stravy i pitného režimu zvládá bez nauzei. První formovaná stolice.

Lékařské ordinace: TK + P 2x denně, VGP, krevní odběry v 6:30 hod (krevní obraz, Na, K, Cl, Ca, močovina, kreatinin, JT, AMS, CRP), CŽK – dnes odstranit a konec katetru odeslat na K + C, převaz operačních ran sestrou, pohybový režim bez omezení – s ohledem na pooperační stav.

4.7.7 7. DEN HOSPITALIZACE / 5. POOPERAČNÍ DEN

Pacientka bez invazivního vstupu. Převez operčních ran a ošetření plastickým/tekutým obvazem. Plně seznámena s dietním opatřením a péčí o operační rány do první kontroly v ambulanci chirurga. Pro tento den naplánována dimise.

Lékařské ordinace: operační rány klidné a bez známek zánětlivých změn, PAD nadále neužívat – až při plné dietě diabetické dietě, dnes dimise.

4.8 KONTROLA PŮL ROKU OD PODSTOUPENÍ OPERACE

Pacientka dochází na pravidelné kontroly do bariatrické ambulance podle doporučení IFSO. Tělesná hmotnost je nyní 110 kg, BMI 38.1 a obvod pasu 113 cm. Hypertenze kompenzovaná bez medikace. Diabetes mellitus II. typu na dietě. Hodnoty glykemií v normě i bez užívání PAD. Celkově se cítí dobře. Přijímání stravy bez obtíží. Operační rány zhojeny per primam. Doporučeno dál pokračovat v dietním režimu.

4.9 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Pro zpracování ošetřovatelské části jsem zvolila 1. pooperační den, protože poskytovaná ošetřovatelská péče je v tento den náročná pro personál i samotnou pacientku.

4.9.1 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebrala u pacientky k 1. pooperačnímu dni podle modelu Marjory Gordonové.

1. potřeba vnímání zdraví

Subjektivní hodnocení: pacientka si uvědomuje závažnost svého zdravotního stavu a možných komplikací spojených s operačním výkonem. Má snahu se aktivně podílet na pooperační léčbě s cílem dosažení sebepečce bez pomoci.

Objektivní hodnocení: Pacientka je edukována o pooperačním stavu a plánovaném průběhu léčby. Projevuje aktivní spoluúčast a dodržuje doporučení ošetřujícího personálu.

2. potřeba výživy

Subjektivní hodnocení: přijímání pitného režimu a sippingu jí vyhovuje. Nepocítuje žízeň a hlad.

Objektivní hodnocení: pacientka byla hydratována infuzními roztoky podle lékařské ordinace. Přijímala tekutiny po doušcích a sipping formou Diasipů bez potíží.

3. Potřeba vylučování moče a stolice

Subjektivní hodnocení: zavedený PMK vnímá z hlediska komfortu udržení osobní hygieny za výhodné při aktuálně snížené fyzické aktivitě, ale není jí „příjemný“. Má obavy z dostavení první stolice z důvodu operace na žaludku a tenkém střevě.

Objektivní hodnocení: péče o PMK, jeho průchodnost a prevenci vzestupné infekce. Edukace pacientky o jeho ponechání. Zjištěn strach z prvního vyprázdnění. Poskytnutí informací a edukace vedla ke snížení obav pacientky.

4. potřeba aktivity

Subjektivní hodnocení: pacientka se necítí na vykonávání pohybových aktivit, jako tomu bylo před operačním výkonem. Během rehabilitace a vstávání z lůžka se snaží maximálně spolupracovat.

Objektivní hodnocení: vertikalizace několikrát denně a plánovanou rehabilitací. Pacientka spolupracuje. Dodržuje pokyny ošetřujícího personálu.

5. potřeba spánku

Subjektivní hodnocení: doma je zvyklá spát ve zvýšené poloze, ale i tato poloha je pro pacientku snesitelná. Neuvažuje zatím o případné medikaci.

Objektivní hodnocení: v noci spala dobře. O nutnosti polohy polosedu edukována, kterou toleruje a respektuje. Lékařem nabídnuta možnost podání hypnotika k 22 hodině.

6. potřeba vnímání

Subjektivní hodnocení: cítí se trochu unaveně, ale to jí nebrání v komunikaci a spolupráci. Personálu se neváhá zpětně zeptat a ověřit si své znalosti ohledně pooperačního stavu. Léčba bolesti ji byla vysvětlena a je pro ni snesitelnou.

Objektivní hodnocení: pacientka spolupracuje a komunikuje. Sdělené informace chápe, popř. se opakovaně dotáže na jejich vysvětlení. Léky proti bolesti podáváme podle za pomoci hodnocení VAS škály a medikaci snáší dobře.

7. potřeba sebepojetí

Subjektivní hodnocení: na JIP bylo více pacientů, což ji neodradilo od aktivní spoluúčasti na pooperační léčbě. Necítí snížení pocitu sebeúcty pro vysoký stupeň obezity, protože se snaží léčit a podpora muže je jí velkou oporou.

Objektivní hodnocení: při pobytu na JIP bylo dbáno na intimitu a soukromí pacientky. Návštěva manžela byla pro ni pozitivum projevující se zlepšenou náladou.

8. potřeba plnění rolí

Subjektivní hodnocení: manžel je jí oporou a i po x letech manželství mají k sobě hezký a nekonfliktní vztah.

Objektivní hodnocení: manžel přišel za pacientkou 1. den po operaci na návštěvu. Choval se k ní příjemně a empaticky.

9. potřeba sexuality

Subjektivní hodnocení: pacientka touží po početí, které se dosud nezdařilo. Její očekávání jsou nadále pozitivní. Pokles tělesné váhy po provedené operaci vnímá jako mnohonásobně vyšší šanci k otěhotnění.

Objektivní hodnocení: pacientka se již x let s manželem snaží založit vlastní rodinu a rozhodla se léčbu obezity s cílem dosáhnout poklesu tělesné hmotnosti.

10. potřeba zvládnutí stresu

Subjektivní hodnocení: pobyt na JIP zvládá podle svého úsudku dobře. Obává se možných komplikací ze všech invazivních vstupů a operačních ran, i když byl výkon proveden laparoskopickou metodou.

Objektivní hodnocení: pacientka neprojevuje psychomotorický neklid. Ošetrovatelská péče a postupy jsou pacientce z hlediska invazivních vstupů a operačních ran vysvětleny.

11. potřeba duchovních služeb

Subjektivní hodnocení: pacientka nevyznává víru

Objektivní hodnocení: pacientka neudává potřebu zajištění duchovních služeb. Její oporou je pro ni manžel, rodina a přátelé.

4.9.2 PLÁN PÉČE

Aktuální diagnózy:

1. Akutní bolest způsobená operačním výkonem a invazivními vstupy projevující se verbálními i neverbálními projevy.

2. Strach z první pooperační defekace z důvodu rekonstrukčního výkonu na trávicím traktu projevující se slovním projevem.

Potencionální diagnózy:

3. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedených invazivních vstupů.
4. Riziko poruchy spánku z důvodu polohy polosedu.
5. Riziko vzniku zácpy z důvodu operačního výkonu na žaludku a tenkém střevě.

1. Akutní bolest způsobená operačním výkonem a invazivními vstupy projevující se verbálními i neverbálními projevy.

Cíl: zmírnit bolest.

Ošetřovatelský plán: zhodnocení aktuální vnímání bolesti pomocí VAS škály, sledování nonverbálních projevů bolesti.

Realizace plánu: zhodnocení bolesti VAS škálou se stupnicí od 0-10, podání analgetik dle ordinace lékaře a číselného vyjádření bolesti, zápis do zdravotnické dokumentace, psychická podpora pacientky, sledování účinku podaných analgetik.

Zhodnocení: bolest po podání analgetik je snesitelná pro pacientku

2. Strach z první pooperační defekace z důvodu rekonstrukčního výkonu na trávicím traktu projevující se slovním projevem.

Cíl: eliminovat strach.

Ošetřovatelský plán: zjištění příčiny

Realizace plánu: rozhovor s pacientkou, empatický přístup a naslouchání, aktivní vyhledávání příčin strachu, plnění ordinace lékaře.

Zhodnocení: zmírnění obav z defekace

3. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedených invazivních vstupů.

Cíl: zamezit vzniku infekce

Ošetřovatelský plán: aseptická péče o invazivní, sledovat známky infekce, kontroly průchodnosti, funkčnosti a polohy invazivních vstupů.

Realizace plánu: sledování známek infekce u invazivních vstupů a operačních ran, aseptické převazování, kontroly funkčnosti a případného krytí (např. CŽK), důsledná hygiena rukou, monitorace TT.

Zhodnocení: pacientka bez známek infekce.

4. Riziko poruchy spánku z důvodu polohy polosedu

Cíl: kvalitní spánek.

Ošetřovatelský plán: aktivizace pacientky v denních hodinách, utvoření klidného prostředí pro spánek, popřípadě plnění ordinace lékaře podáním hypnotik.

Realizace plánu: vytvoření aktivit pro pacientku během denní doby, tlumené světlo na pokoji, zajištění ticha, čerstvého vzduchu a pohodlí pacientky. Případně plnění ordinace lékaře.

Zhodnocení: pacientka spala celou noc bez potřeby hypnotik.

5. Riziko vzniku zácpy z důvodu operačního výkonu na žaludku a tenkém střevě

Cíl: zamezit obstipaci.

Ošetřovatelský plán: včasná vertikalizace a rehabilitace, dostatečná hydratace, plnění ordinace lékaře.

Realizace plánu: mobilizace pacientky, dostatečný přísun tekutin a plnění infuzní terapie dle ordinace lékaře.

Zhodnocení: obstipace nevznikla.

5 DISKUZE A ZÁVĚRY

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku morbidní obezity. Morbidní obezita představuje v současné době ve vyspělých zemích stále větší medicínský a společensko-ekonomický problém. Představuji široké spektrum diagnostických metod a postupů vedoucích ke stanovení diagnózy morbidní obezity dle mezinárodně platných kritérií IFSO. Dále se zaměřuji na možnosti léčby morbidně obézních, která vedou k redukci hmotnosti s následným pozitivním ovlivněním až vyléčením komorbidit souvisejících s morbidní obezitou. Z léčebných postupů, které mohou být konzervativní, endoskopické či chirurgické se detailněji zabývám chirurgickou léčbou morbidně obézních.

Pro případovou studii jsem zvolila 37 letou nemocnou morbidní obezitou, jejíž příčinou byl nadměrný kalorický příjem. U této nemocné byl plně rozvinut i metabolický syndrom. Nemocná podstoupila opakované pokusy o redukci hmotnosti dietetickými opatřeními i farmakoterapií, avšak bez dosažení trvalé a uspokojivé redukce hmotnosti. Vzhledem k vlastní silné motivaci, kterou byla dlouhodobá touha po založení rodiny, jež se při morbidní obezitě nepodařilo. Za podpory rodiny a přátel se nemocná rozhodla, po vyšetření v multioborovém týmu, k podstoupení chirurgického výkonu typu minigastrického bypassu. Samozřejmostí bylo i seznámení nemocné jak s nutností změny dietních návyků po provedeném chirurgickém zákroku, tak i změny fyzických aktivit a to dlouhodobě.

Uvedená kazuistika dokumentuje nekomplikovaný případ chirurgického výkonu – minigastrický bypass u nemocné morbidní obezitou od předoperačního vyšetření, přes předoperační přípravu po vlastní operaci a pooperační péči na JIP a poté na standardním oddělení až po propuštění do domácího léčení s následnými ambulantními kontrolami.

Zdravotnické zařízení, ve kterém pacientka byla operována, prokázalo své příkladné poskytování odborné ošetrovatelské péče a dodržování postupů dle platných mezinárodních standardů. Během zpracovávání praktické části jsem se u ošetřujícího personálu (lékaři, zdravotní sestry a asistenti, pomocný zdravotnický personál) nesetkala s předsudkem vnímání obezity jako „kosmetické vady“ způsobené vlastním pochybením. Nemocná byla vnímána jako pacientka se závažným onemocněním vyžadující adekvátní léčbu. V dnešní době je kladen důraz na dodržování právních náležitostí, ošetrovatelských postupů a vedení zdravotnické dokumentace. Empatický přístup a psychická podpora od celého ošetrovatelského týmu je pro pacienta nedílnou součástí komplexního přístupu k nemocným a je i předpokladem k dobré a rychlé rekonvalescenci.

Při svém povolání zdravotní sestry jsem se setkala s pacientem, u kterého došlo s ročním odstupem od podstoupení operace minigastrického bypassu k zastavení poklesu tělesné hmotnosti, a naopak se zvyšovala. Příčinou bylo nedodržování dietního režimu, protože nutriční hodnoty nápojů a stravy s velikosti porcí nesplňovala doporučení.

Vybraná 37 léta pacientka v případové studii dosahovala naprosto odlišných výsledků s půl ročním odstupem od provedeného chirurgického výkonu. Touha po založení rodiny nadále byla silnou motivací a pacientka se zvládla přizpůsobit nového životního stylu vyžadující nejen dodržování dietního opatření, které se např. pozitivně projevilo na poklesu tělesné hmotnosti ze 145 kg s BMI 51,9 na 110 kg s BMI 38,1 a vysazení antihypertenziv s antidiabetik.

Během své praxe a zpracovávání bakalářské práce jsem dospěla k závěru, že motivace, podpora blízkých a pozitivní přístup k sobě samé s přijetím nového životního stylu má pro úspěšnost operačního výkonu tohoto typu velmi zásadní vliv.

6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTŮŇEK, P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D.: Vybrané kapitoly z intenzivní péče, nakladatelství: Grada Publishing, a. s., 1. vydání Praha, 2016, ISBN: 978-80-247-4343-1
2. BENEŠ, Marek a Julius Špičák. Endo Barrier jako nový terapeutický přístup u obézních diabetiků 2. typu. *Zdravotnictví a medicína*. 2016. Roč. 2016, č. 6, str. 48. ISSN: 2336-2987
3. BRYCHTA, P., STANEK, J. a kol.: *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*, nakladatelství: Grada Publishing, a. s., 1. vydání Praha, 2014, ISBN: 978-80-247-0795-2
4. C. Martí-Valeri, A. Sabaté, C. Masdevall, A. Dalmau. Improvement of Associated Respiratory Problems in Morbidly Obese Patients after Open Roux-en-Y Gastric Bypass. *Obesity Surgery*, Vol. 17, No. 8, pp. 1102-1110. ISSN: 0960-8923
5. Český statistický úřad [online]. Integrovaný operační program EU. [28.3.2017]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vybrané-vysledky-setreni-mimo-csu>
6. DOLEŽALOVÁ, K.: *Bariatrický chirurgie a primární péče*, nakladatelství: Axonite CZ, s. r. o., 1. vydání Praha, 2012, ISBN: 978-80-904899-2-9
7. FRIED, M. a kol.: *Bariatrická a metabolická chirurgie*, nakladatelství: Mladá fronta, a. s., 1. vydání Praha, 2011, ISBN: 978-80-204-2424-2
8. FRIED, Martin. Interdisciplinární evropská doporučení metabolické a bariatrické chirurgie. *Rozhledy v chirurgii*. 2014. Roč. 93, č. 7, str. 366-379. ISSN: 0035-9351
9. GURKOVÁ, E.: *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*, nakladatelství: Grada Publishing, a. s., 1. vydání Praha, 2011, ISBN: 978-80-247-3625-9
10. HAINER, V. a kol.: *Základy klinické obezitologie*, nakladatelství: Grada Publishing, a. s., 2. vydání Praha, 2011, ISBN: 978-80-247-3252-7
11. HERLESOVÁ, J. a kol.: *Doporučení k psychologickému vyšetření před bariatrickou operací*, nakladatelství: Axonite CZ, s. r. o., 1. vydání Praha, 2013, ISBN: 978-80-904899-6-7
12. IFSO [online]. International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders. [18.3.2017]. Dostupné z: <http://www.ifso.com/one-anastomosis-gastric-bypass>.
13. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R.: *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*, nakladatelství: Grada Publishing, a. s., 1. vydání Praha, 2013, ISBN: 978-80-247-4412-4
14. KAIDAR-PERSON Orit, Benjamin PERSON, Samuel SZOMSTEIN, Raul J. ROSENTHAL. Nutritional Deficiencies in Morbidly Obese Patients: A New Form of Malnutrition? *Obesity Surgery*, Vol. 18, No. 8, pp. 1028-1034. ISSN: 0960-8923

15. KAPOUNOVÁ, G.: *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, nakladatelství: Grada Publishing, a. s., 1. vydání Praha, 2007, ISBN: 978-80-247-1830-9
16. KASALICKÝ, Mojmír. Česká bariatrie na začátku roku 2016. *Rozhledy v chirurgii*. 2016. Roč. 95, č. 2, str. 51-52. ISSN: 0035-9351
17. KOPECKÁ, Ester. Obezita – epidemie třetího tisíciletí. *Sestra*. 2012. Roč. 22, č. 5, str. 20-21. ISSN: 1210-0404
18. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ D. a kol., *Výchova ke zdraví*, nakladatelství: Grada Publishing, a. s., 2. vydání Praha, 2015, ISBN: 978-80-247-5351-5
19. MASTILIAKOVÁ, D.: *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika*, nakladatelství: Grada Publishing, a. s., 1. vydání Praha, 2014, ISBN: 978-80-247-5376-8
20. MAREČKOVÁ, J.: *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*, nakladatelství: Grada Publishing, a. s., 1. vydání Praha, 2006, ISBN: 80-247-1399-3
21. MARTÍNKOVÁ, J. a kol.: *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*, nakladatelství: Grada Publishing, a. s., 1. vydání Praha, 2007, ISBN: 978-80-247-1356-4
22. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. *Ministerstvo zdravotnictví*. Ministerstvo zdravotnictví, 2015. [26. 3. 2017]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2002b%20prevence%20obezity.pdf
23. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M., *Přehled anatomie*, Nakladatelství: Karolinum, 1. vydání: Praha, 2009, ISBN: 978-80-247-1717-6
24. Nemocnice Na Homolce. Rozvoj bariatrické léčby Nemocnice Na Homolce. *Medical Tribune CZ*. Medical Tribune CZ, s. r. o. [online]. 2015. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/35667-rozvoj-bariatricke-lecby-v-nemocnici-na-homolce>
25. OWEN, K.: *Moderní terapie obezity*, nakladatelství: Maxdorf s. r. o., 1. vydání Praha, 2012, ISBN: 978-80-7345-301-5
26. PASTUCHA, D. a kol.: *Tělovýchovné lékařství*, nakladatelství: Grada Publishing, a. s., 1. vydání Praha, 2014, ISBN: 978-80-247-4837-5
27. SVAČINA, Š. a kol., *Klinická dietologie*, nakladatelství: Grada Publishing, a. s., 1. vydání Praha, 2008, ISBN: 978-80-247-2256-6
28. SVAČINA, Š.: *Obezitologie a teorie metabolického syndromu*, nakladatelství: Triton, 1. vydání Praha, 2013, ISBN: 978-80-7387-678-4
29. ŠRÁMKOVÁ, Petra. Spolupráce mezi praktickým lékařem, obezitologem, bariatrickým chirurgem a obézním nemocným. *Postgraduální medicína*. 2013. Roč. 15, č. 9, str. 987-993. ISSN: 1212-4184

30. ROUBÍK, Lukáš. Hodnocení nákladové efektivity léčby morbidní obezity v ČR. *Diabetologie – Metabolismus – Endokrinologie – Výživa*. 2012. Roč. 15, č. 3, str. 201-206. ISSN: 1211-9326
31. *World Health Organization* [online]. WHO. [26. 3. 2017]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

SEZNAM ZKRATEK

ALP – alkalická fosfatáza

ALT – alaninaminotransferáza

AMS – amyláza celková v séru

AST – aspartátaminotransferáza

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

BIA – bioelektrická impedance

BMI – body mass index

ČR – Česká republika

ČSL JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

CŽK – centrální žilní katetr

CŽT – centrální žilní tlak

CRP – C-reaktivní protein

DEXA – Dual Energy X-ray Absorptiometry

DF – dechová frekvence

DKK – dolní končetiny

EU – Evropská unie

FF – fyziologické funkce

FSH – folikulostimulační hormon

fT3 – free trijodtyronin

fT4 – free tyroxin

GGT – Gama-glutamyltransferáza

HDL – high density lipoprotein

IFSO – International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders

i. v. - intravenózně

JIP – jednotka intenzivní péče

kcal – kilo kalorie

kJ – kilojouly

LDL – low density lipoprotein

l. dx. – lateris dextri

LH – luteinizační hormon

mm Hg – milimetr rtuti

mmol/l – milimol/litr PŽK – periferní žilní katetr

O₂ – kyslík

P – puls

PAD – perorální antidiabetika

PMK – permanentní močový katetr

p. o. – per os

P + V – příjem + výdej (tekutin)

RTG – rentgen

RTG S + P – rentgen srdce + plíce

s. c. – subkutánní

SpO₂ – saturace kyslíkem

T3 – trijodtyronin

T4 – tyroxin

TEN – trombembolická nemoc

TK – krevní tlak

TPO – tyroidální peroxidáza

TRF - transfuze

TSH – thyreotropin hormon

TT – tělesná teplota

VAS – Visuelle Analog-Skala

VGP – velký glykemický profil

VLCD – very low calory diet

VLDL – very low density lipoprotein

WHO – World Health Organization

WHR – waist to hip ratio

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: <i>Klasifikace obezity dle WHO s riziky komplikací</i>	12
Tabulka 2: <i>Distribuce tuku a rizika metabolických komplikací</i>	15
Tabulka 3: <i>Chronická medikace pacientky</i>	28
Tabulka 4: <i>Hodnoty FF sledovaných na standardním oddělení podle hospitalizačních dnů</i>	29
Tabulka 5: <i>Hodnoty FF sledovaných na JIP uvedené podle hospitalizačních dnů</i>	29
Tabulka 6: <i>Výsledky hematologických vyšetření uvedené dle hospitalizačních dnů</i>	30
Tabulka 7: <i>Výsledky biochemických vyšetření uvedené dle hospitalizačních dnů</i>	30
Tabulka 8: <i>Výsledky hodnot glykemií uvedené dle hospitalizačních dnů</i>	31
Tabulka 9: <i>Farmakologická léčba během hospitalizace</i>	32
Tabulka 10: <i>Léčba bolesti během hospitalizace</i>	32
Tabulka 11: <i>Infuzní terapie během hospitalizace</i>	33
Tabulka 12: <i>Přehled invazivních vstupů během hospitalizace</i>	34

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu

uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis